



TITLE:

網状織腫(Reticulom)の一例

AUTHOR(S):

林, 孝夫

CITATION:

林, 孝夫. 網状織腫(Reticulom)の一例. 日本外科宝函 1952, 21: 90-94

ISSUE DATE:

1952-11-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205408>

RIGHT:

時に著しく膨大した大小腸飛び出し、食物残渣及血性胆汁を伴える腹水約200cc出る。胃及横行結腸異常なし。小腸は著しく膨大し膿瘍皮附着し糜爛状態となつてゐる。右側にゆく程甚しいので横切開を加へ肝臓下部を検べると濃い胆汁が多量に流出する。空腸の背側に1.5×1.0cm大の穿孔部を発見し巾着縫合により閉鎖し大網膜を附着させゴムドレーンを挿入して手術を終える。

経過：一時危険状態であつたがその後の経過良好で術後60日目に全治退院する。

考察：症例Ⅰ及Ⅱに於て、共通点であり且特徴的なことは、共に腹部に外傷を伴わぬ程度の外力を受け、初めの間は大した苦痛もなく経過していたことである。

症例Ⅰは受傷当日睡眠良好で翌朝(受傷時間後)食事をして食慾もあり一般状態も悪いとは思へなかつた。食後12時間(受傷30時間後)で開腹して手術所見が以上の様であつたに不拘、嘔吐は軽く初期にあつた。けで、腹膜炎の症状はブルンベルグ以外殆んど認められるべきものがなく、麻痺性イレウスが強く起つていたものである。之は外力に依り小腸に挫傷を受けそこに大網膜が一応癒着し防禦していたのであるが、受傷18時間後に始めて食事をし、その為に起つた腸蠕動により防禦し切れず、小腸が穿孔を起したものと考えられる。又受傷時腸管の挫滅、血管の損傷等があつて局所腸管は最初穿孔がなくても時間の経過と共に次第に壊死に陥り、遂に穿孔をみるに到つたものかも知れぬ。故に腹膜炎の症状が強くなく徐々に腸膨満を來した大

網膜が穿孔部位を防ぎ切れず、そこから炎症が波及するにつれて腸膨満も益々ひどくなり、麻痺性イレウスの症状が起つてきたものであらう。症例Ⅱでは、受傷当時苦痛なく徒歩で帰宅し食事をする元気があつた。然るに食事をした為に腸蠕動を起し食後2時間でLocus minoris resistentiaeであつた空腸の一部に1.5×1.0cm大の穿孔を起し、汎腹膜炎を惹起したものと考えられる。尚その穿孔部位が背側にあつたということは、打撲を受けた際、脊柱により腸挫傷を受けたものであらう。

以上の二症例から腹部に打撲を受けた際、その外力の程度とその時の条件により直ちに腸穿孔を起すことなく唯単に腸挫傷を受けただけでも、その後食事労働等の原因により遅発的に或は後発的に腸穿孔を起すことが考えられる。遅発的腸穿孔を起す一番有力な誘因は矢張り食事に伴つて起る腸蠕動であらう。この様な場合、受傷後充分安静を保つことにより或は穿孔を起さずに済むこともあると信じられる。戦場で腹部貫通銃創を受けた時、穿孔を起せる腸は一時Spasmusの状態となり、その為に腸内容の腹腔内漏出が阻止され、後にSpasmusがとれてから始めて腹膜炎を起すという実例があるが、以上の二症例の如き比較的弱い外力による打撲の場合は、上に述べた症状及手術所見によつても明らかな如く腸管はLähmungを起して居り、且外傷後遅発的に穿孔を惹起したものと考えるのが妥当ではあるまいか。

網状織腫 (Reticuloma) の一例

京都大学医学部整形外科学教室(主任 近藤鋭矢教授)

林 孝 夫

A Case of Reticuloma Originating in Tibia

From the Orthopedic Division Kyoto University Medical School (Director : E. Kondo)

by

T. HAYASHI

(本論文の要旨は昭和14年9月20日京都外科集談会に於て報告した。聊か旧に属するが、改めて考究加筆して記録にとどめるものである。)

骨髓腫瘍に關する研究は、1816年 Lucke が A Tumor resembling Endothelioma of Bone を記載して以來諸家によつて相次いで行われたが、其の疾患の様相

は多様多様にして一定せず、本態に就ても亦各報告者によりて多少意見を異にし、唯漠然と Endothelioma 又は Perithelioma of bone 或は Angioendothelioma なる名称の下に包括せられて居た。1921年 Ewing は骨髓瘍中主として若年者の手、足の小骨及び長管骨の幹部を好んで侵し、組織学的には小円形細胞性骨髓肉腫の像を呈するものを特に他の細胞肉腫から區別し、之

を endotheliales Myelom と一括命名した。其の後斯る症例は逐次報告せられ、所謂 Ewingsches Sarkom の概念の明らかとなるに及び腫瘍の起源、組織学的形態論に關しても論議されて來たが、本邦に於ては其の報告例は少く、其の治療に關しても方法、成績共に区々である様に思われる。

私は右側下腿部に於ける無痛性腫瘤を訴えて来院した患者に就き其の病竈部の組織学的検査及び各種臨床諸検査を行い得、又一手術治療法を試み得たので茲に大要を述べ諸家の御批判を仰がんとするものである。

症 例

患者、佐○義○ 54才 男子 会社員

昭和14年 3 月30日 入院

昭和14年 7 月 5 日 手術

主訴：右下腿部に於ける無痛性腫瘤。

現病歴：昭和12年9月上旬(約1年6ヶ月前)右下腿の外踝上部に神経痛様疼痛を來した。此の疼痛は安静時には軽減するも歩行に際しては再び増強するのを常とした。同年11月14日狩猟中石につまづき該部に多少の腫脹を認めたが、疼痛が激甚であつたので接骨医より骨接として治療(義布斯固定約3ヶ月間)を受けたが、それでも疼痛去らず、松葉杖にて辛うじて歩行を営む事が出来た。更に他の医師に血液検査を乞つた所、ワツセルマン氏反応が陰性であつたにも拘わらず、骨髄毒なる診断の下にサルヴァルサン注射を受け

たが病症更に輕快せざるにより確診を乞ひ昭和14年 3 月22日当整形外科の外來を訪れた。

現症、1) 全身状態。体格栄養共に中等度、脉搏正、緊張良、一分時80、頭部、顔面、心臓、肺臓等に異常を認めず。

2) 局所々見。右側下腿の内踝の上部に鰐卵大の瀰漫性腫脹を認む。同部の皮膚は汚穢紫褐色を呈しているが静脈の怒張や搏動を認めない。

レ線像。(図1)。下腿下部の腫脹に一致して、脛骨は著しく腫大している。腫大部は左右へ一様に膨隆し其の上界は脛骨下端より約8cmの部に及び、此の高さで脛骨は内方に向つて屈曲している。

膨隆部の骨皮質は著しく菲薄となり、所々に皮質の断裂が見られる。そして内部は多房性透明で、骨梁像は甚だ不鮮明である。腓骨の下端即ち外踝に一致して腫大を認めるが、此の腫大は腓骨の内半部に限局し、その部に多房性透明化像が見られる。

外半健常部との境界は鮮鋭である。脛骨屈曲部の高さで腓骨も不全骨折を起し内方への屈曲を残して変形治癒している。

各種諸検査成績。

表1 赤 血 球

赤 血 球 数 (万)	400
血 色 素 (%)	85
血 色 素 係 数	1.06
有 核 赤 血 球	0

表2 白 血 球

白 血 球 数	9800	
骨 髓 母 細 胞	0	
塩 基 嗜 好	0	
酸 (性) 嗜 好	6.0	
中 性 嗜 好 白 血 球	プロミエロチーテン	0
	ミエロチーテン	0
	桿 状 核	12.5
	分 葉 核	53.5
	過 分 葉	0
	中 性 嗜 好 計	66.0
骨 髓 性 白 血 球	計	72.0



図 1

モノチーテン	8.0
プラズマ細胞	0
淋 巴 球	20.0
血 小 板 数	280000

表3 骨 髄 像

有核細胞数				208600
赤血球母細胞	メガロプラステン			0
	マク ラ ス テ ン	塩 基 性	0.1	
		正 色 性	0	
		多 染 性	1.9	
	ノラ ス テ ン	塩 基 性	2.5	
		正 色 性	0.5	
		多 染 性	9.0	
	赤血球母細胞 計			14.0
	骨 髓	骨 髓 母 細 胞		
塩基嗜好白血球		プロミエロチーテン	0	
		ミエロチーテン	0	
		メタミエロチーテン	0	
		桿 狀 核	0	
		分 葉 核	0	
		塩 基 嗜 好 計	0	
性 白 血 球		プロミエロチーテン	2.5	
		ミエロチーテン	1.5	
		メタミエロチーテン	0.4	
	桿 狀 核	0.4		
	分 葉 核	3.2		
	酸 性 嗜 好 計	7.5		
血 球	中性嗜好白血球	プロミエロチーテン	3.5	
		ミエロチーテン	12.5	
		メタミエロチーテン	13.6	
		桿 狀 核	12.9	
		分 葉 核	7.5	
		過 分 葉	0	

中 性 嗜 好 計		50.0
骨髓性白血球 計		60.5
淋 巴 球		8.5
モノチーテン		4.4
骨髓巨態細胞		0.12
プラズマ細胞様網状繊維細胞及び網状内皮細胞		12.6
腫 瘍 細 胞		0

1) 血液学的検査.

A) 末梢血液像. 表1及び2に示す如く赤血球数400万, 血色素量(ザーリー)85%, 血色素係数1.06白血球数9800, 中性嗜好細胞64.0%エオジン嗜好細胞6.0%, Monozyten 8.0%淋巴球20.0%即ち軽度のEosinophilie及びMonozytoseを認める.

B) 骨髓像(胸骨穿刺) 表3に示す如く, 有核細胞数208,600にして略々尋常, 赤血球母細胞14.0%骨髓母細胞3.0%骨髓性細胞60.5%淋巴球8.5% Monozyten 4.4%プラズマ細胞様網状繊維細胞及び網状内皮細胞は軽度の増加を示し12.6%を算したるも診断確定の意義を有する程度ではなかつた.

2) 肝臓機能検査.

表4~9に示す如く, サントゾール負荷試験, 尿中ウロビリノ及びウロビリノーゲン定性反応, Cholere-tin 負荷試験, 血糖検査(Hagedorn Jensen 氏法), 血清高田氏反応, Widal'sche Haemoklasie 法を施行

表4 Santsol 負荷試験

0° 6°	尿 量	600
	濃 度	15
	量	90
6° 24°	尿 量	900
	濃 度	12
	量	108
総 量		198

表5 尿中ウロビリノ及びウロビリノーゲン定性反応

ウ ロ ビ リ ン	(-)
ウロビリノーゲン	(-)

した。

サントゾール負荷試験に於て、僅かに遅延せるも大なる障害を認めず、其の他の諸検査に於ては何れも

表6 Choleretin 負荷試験

ズチール フル オ酸 サリ 反応	30分	(一)	
	1 時間	(一)	
	1 時間30分	(一)	
	2 時間	(一)	
ウ ロ ビ リ ン 体	ウ ロ ビ リ ン	30分	(一)
		1 時間	(一)
		1 時間30分	(一)
		2 時間	(一)
	ウ ノ ロ ビ ゲ リ ン	30分	(一)
		1 時間	(一)
		1 時間30分	(一)
		2 時間	(一)
ヘイ氏 反応	30分	(一)	
	1 時間	(一)	
	1 時間30分	(一)	
	2 時間	(一)	
判 定	(一)		

表7 血糖検査 (Hagedorn-Jensen 法)

果 糖 負 荷 試 験	負 荷 前	90
	負荷後 30分	130
	〃 1時間	136
	〃 2 〃	122
	〃 3 〃	120
	〃 4 〃	92
	判 定	(一)
果 糖 反 応 試 験	負 荷 前	(一)
	負荷後 2時間	(一)
	〃 4 〃	(一)
	〃 6 〃	(一)

表8 血清高田氏反応 (一)

表9 Widal'sche haemoklasie

白 血 球 数 ノ 変 動	前	9200
	20分	10800
	40分	11200
	60分	9000
	80分	11200
	100分	10600
判 定		(一)

陰性にして肝障害は認められなかつた。

3) 組織学的検査。

腫瘍細胞は概ね円形乃至卵円形を呈し、原形質突起

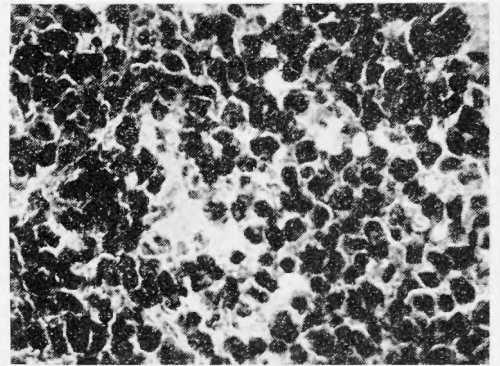


図2 ヘマトキシリン・エオジン染色

を以つて互いに連り合っているものが多く一見 Reticulosarkom の像を呈して居るが、線維性網状構造は著明でない。細胞は一般に同大であり Atypie が著明ならず、即ち悪性度が著しくないと言い得る。Osteoklasten又はOsteoblasten等を全く欠除しOsteogenetisches Sarkom でない事を示して居る。

診 断。

上述の諸検査の結果本症例をば、右側下腿骨に於ける中心性肉腫と診断し、更に其のMyelogenes Sarkom なりや Reticulosarkom なりやを確定する目的を以つて該病竈部よりの試験切片による細胞学的検査、殊にOxydase 反応に対する態度を検索し、其の陰性であることを認め、且つ上述の組織像よりして此を Reticulom (網状組織腫) と診断するを得た。

手術所見。

腫瘍組織の侵襲極めて強く、レ線照射の骨組織修復

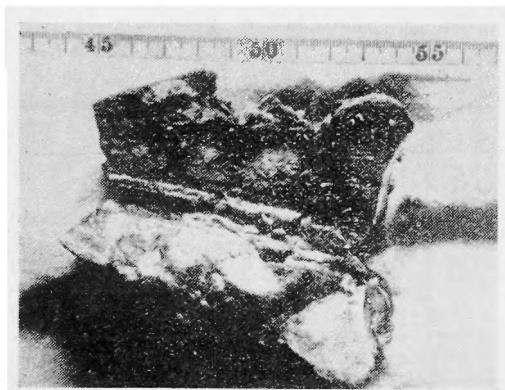


図3 摘出標本普通写真

機転に無効なるべきを思い、病巣部の切除並に自家骨移植術を試みた。

即ち型の如く皮切を加え右側脛骨外踝より10cm上方に於て此を鋸断し、足関節に於て此を完全に離断せる後、左側(健側)腓骨体部10cmに亘り鋸断摘出したる後、此を上端は骨髓腔中へ挿入し、下端はCalcaneus跟骨に設けたる穿孔部に挿入し、足関節を90°屈曲位

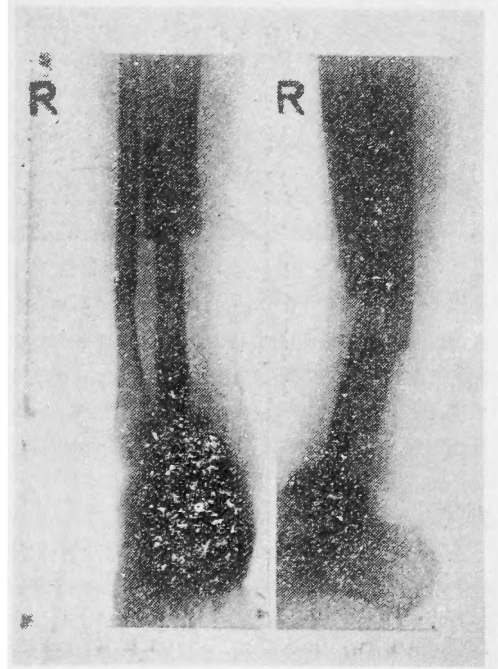


図4 術後のレ線像

に於て義布斯糊帶を施し手術を終る。

考 按：本症例は高齢者に稀であるとされた所の網状繊維腫が発病年齢の男子に発生したものであつて、発病初期に其の確実なる診断を下す事が出来なかつた為

妥当を欠いた治療が行はれ、レ線照射療法的好機を失した例である。

胸骨穿刺(骨髓)像によつては、健常骨髓と網状繊維内皮細胞系に於ける特異反応と目すべき所見、即ち本腫瘍の診断的根拠を把むことが出来なかつた。

本症例に試みたる骨病変部の切除並に自家骨移植術は本腫瘍の良性なること及び患者の一般状態の良好な事と相俟つて適正療法の一たるを失はずと思考する。

(稿を終るに臨み御指導並に御校閲を賜りたる恩師近藤鋭矢教授及び病理組織学的所見に就いて御教示を戴いた天野重安助教授に深く感謝致します)。

参 考 文 献

- 1) 赤崎：日本血液学会雑誌，第7巻，7号，129頁(昭18)
- 2) 天野：診療の進歩，第1号(昭19)
- 3) 天野、永田：日病理会誌，31，29(昭16)
- 4) Axhausen：Zbl. Chir. s. 2994(1933)
- 5) Campbell：J. Bone Surg. Bd. 16. 761(1934)
- 6) Codmann：Amer. J. Röntgen. 13, 105(1925)
- 7) Ewing J.：Proc. New-York Path. 21, p17(1921)
- 8) 〃 Arch Surg. Vol. 4 p. 485(1922)
- 9) 〃 Neoplastic diseases(1928)
- 10) 〃 Surg. gynaec. obst 68 p. 971(1939)
- 11) Geschichter C.F. and M.M. Copeland：Tumor of Bone New York 381(1936)
- 12) Hellner Hans：Die Knochen Geschwulste Berlin s. 132(1938)
- 13) 石原：日本レントゲン会誌，14巻129頁(昭11)
- 14) 金將星：日本整形外科学会雑誌，14巻3号(昭14)
- 15) Lücke：Virchow's Arch. f. Path. Anat 35. 524(1866)
- 16) 三木：日・整・外・雑，14巻520頁(昭14)
- 17) 森：実験腫瘍学，264頁(昭10)
- 18) 永井：日，病理会誌，14巻8号
- 19) Oberling：Bull Assoc. france Etude Canc. 21, 233(1932)
- 20) 吉岡：熊本医学会雑誌，3，91(昭2)